



**nami**

*juntos por la salud mental*

National Alliance on Mental Illness

**¡avanzamos!**

otoño 2008

**Una vergüenza nacional: jóvenes con enfermedades mentales en el Sistema de Justicia Juvenil**

**Equipos de Intervención de Crisis: una historia de éxito de NAMI**

**Cortes de Salud Mental: ¡Una idea a la que le ha llegado la hora!**



La revista **¡Avanzamos!** es publicada trimestralmente por:

NAMI  
Colonial Place Three  
2107 Wilson Blvd.  
Ste. #300  
Arlington, VA 22201  
Tel: 703-524-7600  
Fax: 703-524-9094

Mike Fitzpatrick, M.S.W., DIRECTOR EJECUTIVO  
Majosé Carrasco, M.P.A., EDITORA GENERAL  
George Kibler, DIRECTOR ARTÍSTICO  
Joaquín Maldonado, Ph.D., EDITOR DE COPIA

#### EQUIPO EDITORIAL:

Lorener Brayboy, M.S.W.,  
Majosé Carrasco, M.P.A.,  
Ana Ferrara, Lynne Saunders y  
Marin Swesey

#### COLABORADORES:

Lorener Brayboy, Ashleigh Brenton,  
Ron Honberg, J.D., Dana Markey,  
Daniel Owens, y Laura Usher.

La Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales, (NAMI, por sus siglas en inglés) es la organización comunitaria más grande dedicada a mejorar la calidad de vida de los pacientes de enfermedades mentales severas y de sus familiares. Fundada en 1979, NAMI es la voz nacional de la salud mental, una organización con afiliadas en cada estado y en más de 1.100 ciudades

NAMI Website: [www.nami.org/espanol](http://www.nami.org/espanol)  
Línea de Ayuda: 1-800-950-6264

¡Avanzamos! es la revista trimestral de NAMI que sirve de enlace comunicativo entre NAMI y sus miembros de habla hispana. **Para suscribirse gratuitamente** a la versión impresa de esta revista, visite la tienda de NAMI (NAMI store) en [www.nami.org](http://www.nami.org); no obstante, si prefiere recibir la versión electrónica, puede suscribirse en: [www.nami.org/subscribe](http://www.nami.org/subscribe).

### Queridos Lectores:

Uno de los resultados trágicos de la ineficiencia del sistema de salud mental Americano es el que las cárceles y prisiones de este país están llenas de personas con enfermedades mentales; las cifras son alarmantes: más de 350,000 adultos con enfermedades mentales severas se encuentran encarcelados en los Estados Unidos y el 70 por ciento de jóvenes en el sistema de justicia juvenil tienen algún tipo de desorden mental. La situación es todavía más grave para nuestra comunidad ya que hay un alto porcentaje de latinos tanto en el sistema de justicia juvenil como en el de adultos.

En esta edición exploramos este gran problema social y brindamos información sobre programas que han demostrado éxito ofreciendo tratamiento en vez de encarcelación. Dos miembros de NAMI comparten sus experiencias personales sobre el tema y nos recuerdan que muchos miembros de NAMI hemos pasado por este tipo de situaciones como consecuencia de las fallas del sistema de salud mental del país. Tal vez por esto no es sorpresa alguna el que muchos miembros de NAMI estén trabajando activamente con los sistemas de justicia locales para mejorar la situación actual.

La Junta Directiva de NAMI ha publicado un informe que provee información sobre la situación de las personas con enfermedades mentales quienes entran en contacto con el sistema de justicia. En este informe la Junta ofrece varias recomendaciones sobre como mejorar este problema social. En esta edición ofrecemos un resumen de este informe al igual que información sobre dos de los programas recomendados por la Junta. Uno de estos programas es el Equipo de Intervención de Crisis (CIT), un programa que prepara a los oficiales de policía a como enfrentar y responder a una persona en crisis siquiátrica. También brindamos una descripción de las Cortes de salud mental las cuales se enfocan en enviar a tratamiento psiquiátrico en vez de a la cárcel a personas que por diferentes motivos entran en contacto con el sistema de justicia penal.

Permítanme también llamarles la atención hacia una corta encuesta que incluimos en esta edición. De parte del grupo editorial de



esta revista, quiero pedirles que por favor nos brinden 5 minutos de su tiempo para llenar la encuesta ya que sus comentarios y opiniones son muy importantes para nosotros. Sus respuestas nos ayudaran a planear el futuro de esta revista. Como agradecimiento por compartir su tiempo y opiniones, sortearemos entre las personas que llenen la encuesta 10 copias del popular libro *¡No Estoy Enfermo! ¡No Necesito Ayuda!* del doctor Xavier Amador. La encuesta esta disponible al final de la revista o para mayor conveniencia de manera electrónica en [www.nami.org/encuesta](http://www.nami.org/encuesta).

Muchos Saludos,

Majosé Carrasco

**Letter from the Editor:** *One of the tragic results of the broken mental health system in America is our prisons and jails are crowded with individuals with mental illness. The figures are alarming: more than 350,000 adults with severe mental illness are incarcerated in the United States and 70% of youth in the juvenile justice system have some type of mental disorder. These individuals need treatment, not punishment for their illnesses.*

*In this issue we explore this major problem and provide information on successful programs that promote treatment as an alternative to incarceration. We offer information on Crisis Intervention Teams (CIT), a program in which law enforcement is informed on how to address and respond to an individual in psychiatric crisis. We also share with you a description of mental health courts that focus on treatment.*

## En la cárcel

POR DANIEL OWENS, NAMI

En el otoño de 2005, desperté en una celda de confinamiento solitario. Mi único contacto con otras personas era a través de la ranura en la puerta por la que recibía los alimentos y mis medicamentos. Me sentía solo, aislado y con miedo. Me preguntaba a mí mismo: ¿Cómo terminé en la cárcel?

Veinte años antes, a la edad de veintisiete, había sufrido un episodio maniaco con características psicóticas y me diagnosticaron desorden bipolar tipo I. Respondí bien al tratamiento con litio que recibí durante diez años y viví una vida estable y productiva. Después, al intentar dejar el medicamento bajo supervisión psiquiátrica, sufrí una recaída. Esto hizo que los próximos diez años fueran como una montaña rusa.

Entre algunas crisis y el uso de varios medicamentos, terminé de estudiar en el seminario y me ordenaron ministro. Me mudé a California para comenzar mi trabajo como pastor de una congregación. Lamentablemente, no respondía bien a los medicamentos y, puesto que no me recetaron un antipsicótico, presenté hipomanía. Como sabía que estaba enfermo, renuncié a mi puesto en la iglesia. Mi manía empeoró y, por primera vez en mi vida, tuve problemas con la policía. Mis padres trataron de aconsejarme, pero yo no los escuchaba. Fui arrestado bajo un cargo mayor e intenté evadir el arresto provocando una persecución de varios automóviles a alta velocidad. Estaba asustado y paranoico. Finalmente me detuve y se me asignó confinamiento solitario por mi bien y el de los otros.

El defensor público asignado al caso les aconsejó a mis padres que no me sacaran bajo fianza. Él consideraba que, de acuerdo con mi comportamiento, no había garantía de que cooperaría al estar en libertad. En la cárcel, al menos, tendría alimento, medicamentos y un techo. A pesar de que pudiera sentirme solo, estaba seguro.

Cuando me presenté delante del juez, el fiscal fue muy duro conmigo. Dijo que había sido un milagro que nadie hubiera muerto



Daniel Owens

durante la persecución a alta velocidad. Por eso, aunque tenía veinticuatro cartas de referencia que hablaban sobre mi carácter, fui sentenciado a dieciséis meses de prisión, que podían reducirse a la mitad si observaba buen comportamiento. El abogado defensor hizo referencia a los años que yo le había dedicado al servicio a los demás y trató de que el juez considerara mis acciones como consecuencias de mi enfermedad; pero no lo escucharon. Mi condición de salud mental no fue considerada en este caso. Así que tuve que pasar los próximos nueve meses en la cárcel.

Al salir en libertad condicional, me mudé a Oregón para estar cerca de mi familia y de mis amigos. Ahora conozco la importancia de contar con una red de apoyo. Me he convertido en alguien que aboga por los enfermos mentales. Soy co-facilitador de un grupo de apoyo de NAMI, hago presentaciones para el programa «En Nuestra Propia Voz» y soy mentor en el programa de educación «Persona-a-Persona».

La policía de mi comunidad local es anfitriona del adiestramiento sobre el Equipo de Intervención de Crisis (CIT, por sus siglas en inglés). Durante el adiestramiento yo haré la presentación de “En Nuestra Propia Voz”, donde compartiré mis experiencias personales.

Yo no creo que las cárceles sean el mejor lugar para atender a los enfermos mentales. Debemos luchar para que las personas encarceladas estén en mejores condiciones y tengan la oportunidad de participar en consejería y en grupos de recuperación. Al mismo tiempo, debemos evitar que los

### Contenido

- 2 Mensaje de la Editora
- 3 En la cárcel
- 4 La Mesa Directiva de NAMI opina acerca de asuntos relacionados con la criminalización
- 5 Mi Historia
- 6 Una vergüenza nacional: jóvenes con enfermedades mentales en el Sistema de Justicia Juvenil
- 7 Equipos de Intervención de Crisis: una historia de éxito de NAMI
- 8 Cortes de Salud Mental: ¡Una idea a la que le ha llegado la hora!
- 9 De Persona-a-Persona en la Unidad Forense del Hospital Estatal Elgin
- 11 Encuesta

pacientes mentales tengan problemas con la justicia desarrollando programas comunitarios y estableciendo más Cortes de Salud Mental.

El estar encarcelado me enseñó, de manera muy dura, a tomar en serio mi enfermedad mental. Hoy quiero hacer todo lo que esté en mis manos para evitar que otros pacientes mentales tengan que pasar por la pesadilla que significa estar en prisión.

**In Jail** Daniel Owens shares his personal experience of incarceration after facing difficulty in finding the right medication his illness escalated. In the fall of 2005, Daniel woke up in solitary confinement, feeling alone and scared, wondering, “How did I end up in jail?” though he realized that in jail he would be safe. When his case went to trial, the defense attorney’s argument to urge the judge to provide Daniel with treatment for his illness was not heard and Daniel spent nine more months incarcerated. After parole, he moved to Oregon and found an important support network of family, friends, and NAMI.

## La Mesa Directiva de NAMI opina acerca de asuntos relacionados con la criminalización

POR LAURA USHER, COORDINADORA DEL CENTRO DE EQUIPOS DE INTERVENCIÓN DE CRISIS DE NAMI

En un movimiento diseñado para llamar la atención hacia la problemática que conlleva la criminalización de las personas con enfermedades mentales, la mesa directiva de NAMI ha publicado un informe en el que pide que se le ofrezca más atención a las cárceles, mejores servicios a las personas con enfermedades mentales que están en riesgo de tener problemas legales y que haya una mayor colaboración entre los administradores de la ley y los profesionales de la salud mental.

Algunos cálculos conservadores muestran que al menos 350,000 mil personas con enfermedades mentales serias se encuentran encarceladas en los Estados Unidos, frecuentemente bajo cargos menores. Esto se debe a que, regularmente, los síntomas de una enfermedad mental ocasionan un comportamiento inusual que puede provocar que la persona enferma sea arrestada y encarcelada. Esta respuesta no sólo es inapropiada, sino que crea una serie de problemas futuros para el individuo, tales como: recibir servicios inadecuados mientras está encarcelado; estar en riesgo de sufrir un trauma o de convertirse en víctima de otros reclusos y, después de salir en libertad, tener dificultades para conseguir empleo, vivienda y servicios.

El informe que ha presentado el Grupo de Trabajo de la Mesa Directiva Forense (Board's Forensic Taskforce) recoge la historia y el contexto de la creciente presencia de personas con enfermedades mentales en el sistema penitenciario. Aunque las instituciones carcelarias no están equipadas para atender las necesidades de las personas con enfermedades mentales, el número de estas personas arrestadas con cargos menores ha aumentado y, por consiguiente, muchos pasan largos periodos de tiempo en las cárceles o en salas de emergencia, sin tener acceso a los servicios adecuados. Las razones del aumento en el número de detenciones de personas con enfermedades mentales son varias, pero la causa principal ha sido



La mesa directiva de NAMI

el cierre de los hospitales psiquiátricos sin la creación de una cantidad adecuada de instituciones mentales comunitarias que puedan atender a estas personas.

Este informe ofrece recomendaciones de política pública que le facilitarían al sistema de justicia, poder referir a las persona con enfermedades mentales hacia los servicios y el tratamiento adecuados. Estas recomendaciones se dividen en tres categorías: *acciones a tomar antes de que se sometan cargos*, tienen base legal e intentan prevenir arrestos; *acciones a tomar después de que se hayan sometido cargos*, facilitan trabajar con las personas que han sido arrestadas; y *la creación de vínculos entre el sistema de justicia y el de salud mental*.

### La Mesa Directiva de NAMI recomienda:

- Que las comunidades inviertan recursos en Equipos de Intervención de Crisis (CIT, por sus siglas en inglés) ya que a través de éstos se pueden crear asociaciones comunitarias entre la policía, los proveedores de salud mental y los representantes de NAMI y se pueden organizar adiestramientos intensivos para

los oficiales que atienden los casos de las personas con enfermedades mentales.

- Que se implemente una variedad de programas de desvío para atender a las persona con enfermedades mentales que se les han sometido cargos, incluyendo el establecimiento de cortes de salud mental.
- Dichas cortes se especializan en los casos de personas con enfermedades mentales y, regularmente, su personal ha recibido un adiestramiento especial. En estos casos, la mayor parte de los individuos salen en libertad con la condición de que sigan su plan de tratamiento bajo la supervisión de la corte.
- Que se ofrezca una variedad de apoyos y conexiones entre el sistema de justicia y el de salud mental para que se pueda crear un plan que les permita a las persona con enfermedades mentales reingresar a la comunidad con la seguridad de que tendrán acceso a los servicios necesarios de salud mental.

En sus recomendaciones, la Mesa Directiva también trata la necesidad de que se ofrezcan servicios enfocados en las persona

*Directiva continúa en la página 10*

## Mi historia

POR ASHLEIGH BRENTON, NAMI

Mi recuperación de una enfermedad mental severa comenzó en el Hospital Estatal de Oregón en septiembre de 2000. Mi diagnóstico es esquizofrenia, pero es inusual que sufriera mi primera crisis a los cuarenta y cuatro años de edad. Mi primera y única experiencia con el sistema de justicia criminal ocurrió el 10 de junio de 2000 cuando conducía mi automóvil mientras me encontraba en estado psicótico. Yo creía que todo el mundo estaba tratando de matarme. Por eso, cuando me detuve a echar gasolina, me dio pánico cuando el empleado de la gasolinera extendió su mano dentro de mi auto para que le pagara. Entonces, aceleré para huir y lo lastimé porque su brazo golpeó contra la ventana .

La policía me persiguió y me pidió que me detuviera. No me detuve porque creía que eran seres satánicos vestidos de policías. Varias cuadras más adelante, lograron detenerme y me arrestaron por asalto y agresión, ya que no había pagado la gasolina. Cuando me estaban arrestando, yo me sentía muy confundida por los fuertes gritos y las luces brillantes.

Pensaba que eran delincuentes que me estaban secuestrando para violarme y matarme. Al recordar ese incidente, creo que habría cooperado más

si los policías hubieran sido mujeres y me hubieran hablado calmadamente. El proceso en la comandancia de la policía fue muy difícil porque me negué a proporcionarles mis huellas digitales ya que temía que me cortaran los dedos. Experimenté estos temores por casi tres meses. A veces creía que los oficiales habían echado ratas en mi celda para torturarme o que fuera de mi ventana había unos hombres que intentaban entrar para matarme con sus grandes cuchillos de carnicero.

La fianza que me asignaron fue de unos \$500,000 dólares que no pude prestar, por eso no pude salir en libertad. Por otra

parte, aunque recibí asistencia médica en la institución carcelaria, me negué a tomar los medicamentos porque pensaba que querían envenenarme. Después de casi tres meses de prisión, la corte ordenó que me trasladaran al Hospital Estatal de Oregón. Allí me forzaron a tomar los medicamentos. De esa forma se controlaron mis alucinaciones y se estabilizó mi condición. Además, me refirieron al Consejo de Revisión de Seguridad Psiquiátrica (Psychiatric Security Review Board, o PSRB por sus siglas en inglés) por casi diez años.

Desde que salí del Hospital Estatal de Oregón, he vivido semi-independientemente, bajo supervisión siquiátrica en una institución administrada por la PSRB, donde tengo mi propio apartamento. Como he podido controlar mi condición, trabajo con NAMI como presentadora y coordinadora del programa «*En Nuestra Propia Voz*» (In Our Own Voice, IOOV por sus siglas en inglés) para el Condado Multnomah de Oregón. Además, soy miembro de la mesa directiva del grupo de trabajo de Salud Mental del Gobernador en Salem, Oregón, por lo que puedo influir en la política que se establece y en las decisiones que afectan a muchas personas.

NAMI me ha brindado la oportunidad de trabajar directamente con los servidores de la ley. Así pues, entre enero y abril de este año, tuve el privilegio de poder ayudar a educar a la policía de Gresham. Esto me permitió participar en discusiones importantes acerca de los retos que enfrentan las personas que sufren una enfermedad mental y del estigma y de la discriminación que padecen. También, he podido participar en el adiestramiento de Equipos de Intervención de Crisis (CIT) de Portland y dar presentaciones de IOOV en la cárcel de Inverness. Todas estas actividades



Ashleigh Brenton

han sido muy útiles para los oficiales de la policía que han participado ya que sus evaluaciones han sido muy positivas. De esta forma se demuestra que cualquier persona puede ayudar a educar a nuestras comunidades al compartir sus experiencias. Por eso, debemos estar concientes de que, como personas con enfermedades mentales, podemos hacer una diferencia en las vidas de muchas, muchas otras personas

*“NAMI me ha brindado la oportunidad de trabajar directamente con los servidores de la ley.”*

**My Story** Ashleigh Brenton shares the story of her first experience with the criminal justice system following an arrest while in a psychotic state. She describes intense fear and confusion with officers as she was experiencing hallucinations and delusions and refused medication while in jail. A court ordered transfer to the Oregon State Hospital provided needed treatment and started Ashleigh on a path of recovery. Since being released she has been involved in NAMI's In Our Own Voice program, advocated for CIT and participated in CIT Trainings.

## Una vergüenza nacional: jóvenes con enfermedades mentales en el Sistema de Justicia Juvenil

POR DANA MARKEY, COORDINADORA DEL CENTRO DE ACCIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES DE NAMI

Uno de cada diez jóvenes en Estados Unidos tiene una enfermedad mental severa. Sin embargo, aproximadamente una tercera parte de ellos no recibe ningún servicio de salud mental; menos aún recibe el cuidado apropiado. Los jóvenes latinos tienen peor suerte porque son el grupo étnico que tiene menos probabilidades de recibir este tipo de servicios. De hecho, el ochenta y ocho por ciento de los jóvenes latinos que necesitan tratamiento de salud mental no recibe ningún tipo de tratamiento. Los jóvenes latinos representan el veinte por ciento de la población del sistema de justicia juvenil).

¿En dónde acaban los niños y los adolescentes que no reciben el tratamiento mental que necesitan? Muchos terminan en el sistema de justicia juvenil. Es alarmante que el setenta por ciento de la población del sistema de justicia juvenil tenga algún tipo de desorden de salud mental y que el veintisiete por ciento tenga un desorden mental tan severo que requiere tratamiento significativo e inmediato.

Muchos de estos jóvenes están encarcelados por ofensas menores, no violentas, y a muchos otros no se les ha sometido cargos criminales. A pesar de tener una población tan grande de jóvenes que necesitan tratamiento de salud mental, muchos centros de justicia juvenil tienen poca o ninguna capacidad para proveer tratamientos de salud mental y de abuso de sustancias.

Los jóvenes que tienen enfermedades mentales son encarcelados diariamente debido a la fragmentación del sistema de salud mental de nuestro país. Con frecuencia, no hay alternativas disponibles que estén basadas en el hogar o en la comunidad, o no hay manera de utilizar sistemas adecuados de evaluación que permitan identificar efectivamente a los jóvenes que necesitan tratamiento de salud mental y que hagan

posible transferirlos del sistema de justicia hacia las instituciones mentales.

Esta crisis se agrava por la dependencia que existen entre el sistema educativo y el de justicia juvenil. En muchas ocasiones, el personal escolar llama a la policía cuando un estudiante está experimentando una crisis psiquiátrica porque no conoce otras opciones o porque carece del adiestramiento necesario para tratar personalmente la situación.

La crisis del sistema juvenil puede remediarse si se hace un compromiso de reforma. Existen muchas opciones efectivas y disponibles para prevenir que los jóvenes con enfermedades mentales entren al sistema de justicia juvenil en primer lugar. Necesitamos desarrollar programas de intervención de crisis que sean efectivos para que el personal escolar y comunitario sepa actuar frente a una crisis psiquiátrica y tenga la capacidad de transferir al sistema de salud a los jóvenes con problemas legales.

Por otra parte, es importante evaluar lo antes posible (preferiblemente al tener su primer contacto con la ley) a los jóvenes que están bajo la jurisdicción de la corte por ofensas repetidas no criminales, de manera que se puedan transferir a aquellos que necesiten tratamiento mental hacia los servicios basados en el hogar y en la comunidad que respondan mejor a sus necesidades.

Las escuelas son un socio importante en la lucha por evitar que los jóvenes con enfermedades mentales sean innecesariamente procesados en el sistema de justicia juvenil. Por eso, es imprescindible que se implementen programas de intervención de crisis que apoyen efectivamente a los estudiantes que experimentan síntomas psiquiátricos.



Dana Markey

El “conducto” que lleva de la escuela a la prisión debe romperse, para que los estudiantes que necesitan tratamiento mental puedan recibirlo.

Las personas con enfermedades mentales que no hayan cometido ofensas violentas simplemente no deben estar en costosos centros de justicia juvenil, ya que sus hogares y sus comunidades pueden satisfacer más efectivamente sus necesidades. Es una tremenda irregularidad que el sistema de justicia juvenil se haya convertido en el “sistema de salud mental de facto”, especialmente para los jóvenes latinos. Si hubiera compromiso de reformar el sistema de justicia juvenil y de desarrollar un sistema de salud mental efectivo, el futuro de los jóvenes que viven con enfermedades mentales mejoraría dramáticamente, hasta el punto de poder vivir plena y productivamente. A nadie se le debe negar este derecho.

### A National Shame: Youth with Mental Illnesses in the Juvenile Justice System

*All too likely, children and adolescents who fail to receive needed treatment for mental illnesses end up in the juvenile justice system. Alarmingly, 70 percent of the juvenile justice population meets the criteria for at least one mental health disorder and 27 percent have a mental disorder so severe that they require significant and immediate treatment. Dana Crudo offers suggestions on how the juvenile justice crisis can be remedied through a commitment to system reform.*

## Equipos de Intervención de Crisis: una historia de éxito de NAMI

POR LAURA USHER, COORDINADORA DEL CENTRO DE EQUIPOS DE INTERVENCIÓN DE CRISIS DE NAMI

Las afiliadas de NAMI a través del país han mostrado liderazgo al reunir a agentes policíacos, a proveedores de salud mental, a personas con enfermedades mentales y a sus familiares para desarrollar soluciones innovadoras al problema de la criminalización de las personas con enfermedades mentales. Uno de los programas más exitosos que han creado las afiliadas de NAMI es el Equipo de Intervención de Crisis (CIT, por sus siglas en inglés), el cual está diseñado para mejorar los resultados de las interacciones policíacas con las personas con enfermedades mentales.

### La historia del CIT

El primer equipo de CIT se creó en Memphis, TN, en 1988, después de la

trágica muerte a balazos de un hombre que tenía una enfermedad mental a manos de un oficial de la policía.

Esta tragedia inspiró la colaboración entre la policía, los asociados de NAMI Memphis, la

Escuela de Medicina de la Universidad de Tennessee y la Universidad de Memphis para mejorar el adiestramiento policíaco y los procedimientos que se siguen al responder a casos de personas con enfermedades mentales. El programa CIT de Memphis ha logrado un éxito asombroso en gran parte porque se ha mantenido como un esfuerzo comunitario. Hoy día, el así llamado “Modelo de Memphis” ha sido adoptado por cientos de comunidades en más de treinta y cinco estados y se está implementado estatalmente en Maine, Connecticut, Ohio, Georgia, Florida, Utah y Kentucky.

### El problema

Debido a la escasez de servicios de salud mental en la comunidad, demasiadas personas con enfermedades mentales no pueden obtener un tratamiento adecuado y terminan enfrentándose a la justicia. Cuando ocurren estas crisis, los oficiales policíacos

generalmente no tienen otra opción más que arrestar al individuo debido a la escasez de servicios y a la falta de coordinación entre las agencias del orden público y el sistema de salud mental. Al establecer relaciones entre estos dos sistemas, los equipos de CIT pueden ayudar a que estas personas con enfermedades mentales sean rápidamente transferidos hacia la institución de salud adecuada, manteniéndolos fuera de la cárcel.

Además de las situaciones mencionadas, ha habido muchas denuncias sobre personas con enfermedades mentales que han sufrido lesiones o han muerto como resultado de intervenciones policíacas. Al mismo tiempo, muchos oficiales indican que no se sienten preparados para interactuar con estas

personas. Los equipos de CIT responden a esta necesidad proveyéndoles a los oficiales un adiestramiento especializado para que puedan enfrentar esta responsabilidad con seguridad y rapidez.

De esta forma, los oficiales aprenden a reconocer los signos de estrés psiquiátrico y a disminuir la intensidad de una crisis.

### ¿Cómo trabaja un equipo de CIT?

Los programas CIT trabajan a través de una asociación comunitaria compuesta por proveedores de salud mental, agentes de la policía, personas con enfermedades mentales y sus familiares. Este grupo examina los sistemas locales para determinar las necesidades comunitarias, selecciona las estrategias que se utilizarán para satisfacer esas necesidades y organiza los adiestramientos para la policía. Esta coalición también identifica la mejor manera para transferir a las personas con enfermedad mental de la custodia policial al sistema de salud mental y se asegura que haya facilidades adecuadas para hacer un triage, es decir, para evaluar el nivel de urgencia de atención psiquiátrica.



Laura Usher

Los equipos de CIT son mayormente conocidos por los adiestramientos que les ofrecen a los oficiales de la policía capacitándolos con las destrezas prácticas que necesitan para trabajar con las personas con enfermedades mentales. El “Modelo de Memphis” incluye un programa de cuarenta horas de adiestramiento que incluye: información básica acerca de las enfermedades mentales y de la forma de reconocerlas; información sobre el sistema de salud mental local y sobre las leyes locales; orientación de primera-mano ofrecida por pacientes y familiares que comparten sus experiencias; representación de posibles situaciones y de técnicas para disminuir oralmente la intensidad de las crisis. Aunque el adiestramiento es el aspecto más conocido del CIT, sin una sólida relación entre los oficiales de la policía, los proveedores de salud mental y los líderes de NAMI no se podrían tratar los problemas subyacentes que existen en la mayoría de las comunidades.

Un aspecto clave del CIT es la participación de personas con enfermedades mentales y sus familiares en todas las áreas --- en la toma de decisiones, en la planificación de las sesiones y en las funciones de liderazgo durante el adiestramiento.

### El CIT funciona

Los estudios muestran que los programas del CIT les han ayudado a las personas con enfermedades mentales a conseguir el tratamiento adecuado y a permanecer fuera

*Intervención continúa en la página 10*

## Cortes de Salud Mental: ¡Una idea a la que le ha llegado la hora!

POR RON HONBERG, JD, DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE POLÍTICA PÚBLICA DE NAMI

Una profunda, aunque poco conocida, tragedia en los Estados Unidos es que las instituciones carcelarias se han convertido en los hospitales psiquiátricos de-facto de la nación. En un día cualquiera, aproximadamente el 16% de todos los reclusos de las penitenciarías estadounidenses - 360,000 individuos- presentan enfermedades mentales serias, tales como la esquizofrenia, el desorden bipolar o la depresión mayor. Muchos de ellos también tienen desórdenes relacionados con el abuso de sustancias. La mayoría de estos individuos no son criminales peligrosos, sino que han tenido problemas legales debido a los síntomas que les producen sus enfermedades mentales no tratadas.

Tradicionalmente, las cortes no están adecuadamente preparadas para atender efectivamente los casos de las personas con enfermedades mentales porque el modelo acusatorio de la jurisprudencia en los EE.UU. no está diseñado para alcanzar logros terapéuticos. Además, las penitenciarías están diseñadas para castigar a las personas, no para ofrecerles tratamiento. Por consiguiente, los pacientes psiquiátricos tienden a empeorar en éstas facilidades. Los costos asociados a la encarcelación y al tratamiento de las personas con enfermedades mentales dentro de las cárceles son muy altos. El Medicaid y los otros planes médicos no pagan por los servicios que reciben las personas encarceladas. Además, se utilizan muchos recursos humanos para poder controlar a las personas que presentan síntomas psiquiátricos severos en las facilidades correccionales.

En 1997, el grupo de trabajo que se organizó para enfrentar estos problemas en el Condado de Broward, en la Florida, tuvo una idea novedosa. ¿Por qué no crear una corte especializada cuyo propósito fuera el de

transferir a las personas con enfermedades mentales hacia el tratamiento adecuado en lugar de encarcelarlos? La Corte de Salud Mental que se estableció inmediatamente en el Condado de Broward (Fort Lauderdale) atrajo la atención nacional y ha servido como catalizador para la creación de muchas Cortes similares a lo largo de todo el país.

Hoy día, existen aproximadamente ciento ochenta Cortes de Salud Mental a través de los EE.UU. Estas Cortes varían en la manera en que operan y en las personas a las que atienden. Sin embargo, las metas de estas Cortes generalmente son las

mismas. En primer lugar, su propósito es enviar a tratamiento psiquiátrico a cuantas personas lo necesiten, en lugar de encarcelarlos; y, en segundo lugar, proveerles supervisión

continua a estos individuos para apoyarlos en el tratamiento y evitar que reincidan.

### Características de las Cortes de Salud Mental

Las Cortes de Salud Mental están basadas en los principios de la jurisprudencia terapéutica, que destacan que la ley debe usarse, en la medida de lo posible, para proveerles bienestar mental y físico a las personas que afecta. Contrario a la mayoría de las Cortes, las Cortes de Salud Mental funcionan de una manera no acusatoria. Las formalidades de la Corte tradicional se transforman a favor de un diálogo más informal, con el propósito de lograr que el individuo se sienta más cómodo. Por eso, frecuentemente se solicita y se alienta la participación de la familia.

Las Cortes de Salud Mental tienen agendas específicas, por lo tanto tienen designados a un juez, a un abogado defensor y a un representante de la oficina del fiscal. Con frecuencia también se incluye a representantes de los sistemas de salud



Ron Honberg, JD

mental, abuso de sustancias, libertad condicional y bajo palabra, así como de otros sistemas claves. En la mayoría de los casos, la meta es transferir a las personas a un tratamiento, no a la cárcel.

Algunas Cortes de Salud Mental operan de acuerdo con el modelo de «procesamiento diferido», o sea, que los cargos criminales se postergan y eventualmente se descartan si la persona completa exitosamente un programa de tratamiento. Otras cortes operan bajo el modelo de «sentencia diferida», lo que significa que el individuo debe declararse culpable para poder participar. Entonces, dependiendo de la seriedad de los cargos, éstos pueden ser dispensados o descartados una vez que se haya completado con éxito el programa de tratamiento.

Por razones principalmente políticas, las primeras Cortes de Salud Mental se limitaban a atender los casos de aquellos individuos que tenían problemas mentales y de abuso de sustancias simultáneamente y enfrentaban cargos de delitos menores o de delitos graves no violentos. Sin embargo, el desarrollo de esta idea ha permitido que en algunas Cortes, a discreción del juez y del fiscal, se puedan atender casos de personas acusadas de delitos más graves. Varias comunidades también han establecido Cortes de Salud Mental juvenil, un aspecto muy importante ya que los índices de

*Cortes continúa en la página 10*



## De Persona-a-Persona en la Unidad Forense del Hospital Estatal Elgin

POR LORENER BRAYBOY, NAMI NACIONAL

La implementación del programa *Persona-a-Persona Curso de recuperación* de NAMI dentro de la Unidad Forense del Centro Estatal de Salud Mental Elgin (Elgin State Mental Health Center Forensics Unit), comenzó gracias a la idea de un miembro de NAMI del Condado Dupage, una afiliada del estado de Illinois. Hace varios años, esta persona perdió a un ser querido que había estado recluido en esa institución. Después de esta traumática experiencia, ella sintió la necesidad de educar al personal hospitalario acerca de lo que significa vivir con una enfermedad mental. Los pacientes de la unidad forense permanecen, en promedio, entre cinco y siete años, no solamente como consecuencia de la enfermedad, sino como resultado de los crímenes que han cometido. Sin duda, ese largo periodo de tiempo es oscuro y triste para muchos, por lo que ella quería proveerles esperanza a los que estaban en esa unidad. Por eso, quiso compartir con algunos de ellos el programa *Persona-a-Persona* de NAMI. El logro de esta meta le tomó alrededor de dos años.

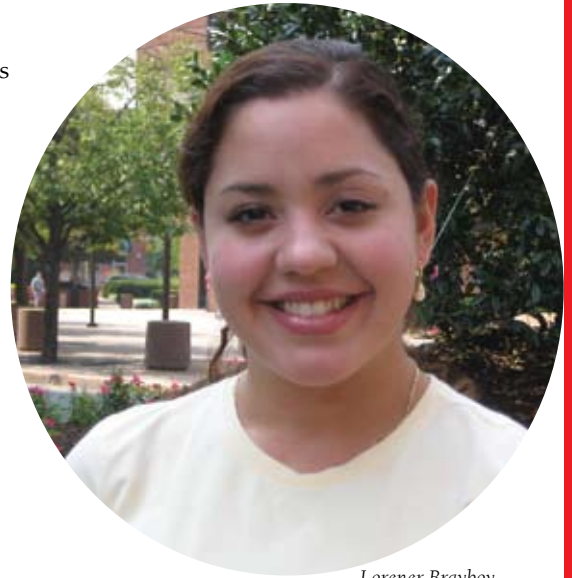
Aunque tomó tiempo implementarlo, este programa se convirtió en una maravillosa cadena de amor y de interacciones que permite facultar a otros en relación con las enfermedades mentales. Gracias a su desarrollo, se estableció una fuerte red de personas con enfermedades mentales que ayudan a otras personas que conviven con este tipo de enfermedades. Esta voluntaria utilizó todas sus habilidades y destrezas profesionales y humanas para crear conciencia sobre este sector de la comunidad que frecuentemente no se toma en cuenta.

En 2005, se creó un grupo de trabajo de NAMI para implementar este programa dentro del ambiente hospitalario. Este comité estaba compuesto por veinte miembros de NAMI, muchos eran parte del personal administrativo de las oficinas de NAMI en el Condado de Dupage y del grupo de voluntarios que participaba con ellos. La meta era establecer una firme asociación con la unidad forense y orientar a la administración, al personal y a los pacientes sobre NAMI.

Durante este tiempo, se le ofrecieron talleres informativos al personal administrativo y de primera línea acerca de la misión de NAMI, sus iniciativas, sus programas y sus recursos. En estas presentaciones participaron ochenta personas. El personal administrativo del Centro de Salud Mental de Elgin aceptó reunirse con oficiales locales y estatales de NAMI para planear cómo implementar con éxito el adiestramiento de *Persona-a-Persona* (P2P, por su abreviatura en inglés) en la unidad forense. Esto incluía reclutar a los internos que estuvieran interesados en trabajar como voluntarios para enseñar el curso, evaluar a los interesados y, eventualmente, adiestrarlos para que se convirtieran en mentores de *Persona-a-Persona*. Para este nuevo proyecto, el Hospital Estatal Elgin eligió como coordinadora del programa a Amy Lancaster, una especialista de *Persona-a-Persona* que trabajaba dentro de la unidad. Todas las entidades (el Hospital Estatal Elgin, NAMI de Dupage y NAMI de Illinois) trabajaron conjuntamente para completar los detalles relacionados con la implementación del programa.

El adiestramiento para mentores se llevó a cabo entre el 20 y el 22 de junio de 2008. Al final de éste, se certificaron ocho individuos como mentores de *Persona-a-Persona*. Desde entonces se han ofrecido dos clases y ambas han recibido retroalimentación positiva por parte de los participantes. Tanto Elgin como NAMI esperan que este programa sirva como una herramienta útil para ayudar a los pacientes mentales que están siendo puestos en libertad a reintegrarse exitosamente en sus comunidades. El Hospital Estatal Elgin ha seguido estrictamente el modelo del programa y ha permanecido firme a la promesa de mantenerse fiel a éste. También han acordado pagarle a los mentores un pequeño estipendio y proveer los materiales necesarios para los adiestramientos.

Los logros alcanzados en Elgin no hubieran sido posibles sin el trabajo y la dedicación de Mary Lou Lowry, Directora Ejecutiva, y Pat Dole, Director del Programa de Educación



Lorener Brayboy

de NAMI del Condado de Dupage. NAMI de Illinois es un modelo estatal que sigue tanto la educación familiar como programas de apoyo mutuo. La organización en este estado actualmente ejecuta siete de los ocho programas educativos ejemplares de NAMI. Recientemente, NAMI de Illinois ha iniciado una expansión de otros programas a diversas poblaciones. ¡Esperamos con interés poder trabajar con ellos en muchas otras iniciativas exitosas!

### Peer-to-Peer Implemented at Elgin State Hospital

*In 2005 NAMI Dupage County (Illinois) and NAMI Illinois created a partnership with the Elgin State Mental Health Center Forensics Unit to educate administration, staff, and patients about NAMI and implement the Peer-to-Peer program. Consumers from the unit were recruited and trained to become Peer-to-Peer mentors and a peer specialist already working in the unit was elected coordinator of the new program. Two classes have been completed with positive feedback received from participants. Both Elgin and NAMI hope the program will serve as a tool to encourage successful reintegration back into the community once consumers are released from the unit.*

## Directiva de la página 4

con enfermedades mentales que corren el riesgo de verse involucrados en problemas legales. Entre estos servicios se debe incluir la vivienda, el tratamiento integrado de salud mental y de abuso de sustancias, la orientación de los familiares y de las personas con enfermedades mentales y los programas de apoyo. Además, también se solicitan más camas para las personas con enfermedades psiquiátricas y una mayor cantidad de unidades móviles que puedan atender las emergencias. La Mesa Directiva requiere que los servicios sean culturalmente competentes y enfatiza la necesidad de incrementar los fondos designados a los servicios de salud mental que se ofrecen en los hospitales y en las instituciones comunitarias.

## Cortes de la página 8

encarcelamiento entre los jóvenes con enfermedades mentales son aún más altos que entre los adultos.

### ¿Funcionan las Cortes de Salud Mental?

Debido a que las Cortes de Salud Mental son un fenómeno relativamente reciente, las investigaciones acerca de su funcionamiento son escasas. Sin embargo, los estudios que se han realizado sugieren que se están logrando resultados positivos en algunos aspectos, tales como la reducción en el comportamiento criminal, la reducción en el tiempo de encarcelamiento y el aumento en el uso de los servicios de salud mental. Además, los resultados parecen variar muy poco entre delincuentes violentos y no violentos, así como entre personas con distintos diagnósticos psiquiátricos.

La Corporación RAND realizó el estudio más exhaustivo sobre este programa en la Corte de Salud Mental del Condado de Allegheny en Pittsburgh, Pennsylvania. Los investigadores, que estudiaron a los participantes por un periodo de dos años, encontraron que el aumento de costos relacionado con la mayor participación en tratamientos de salud mental y en servicios asociados, se compensó con una reducción en los gastos penitenciarios.

### NAMI Board Weighs in on Criminalization Issues

*The NAMI National Board of Directors Forensic Taskforce has released a report calling for more jail diversion, improved services for people at risk of criminal justice involvement and better collaboration between criminal justice and mental health professionals. The report makes policy recommendations which fall into the following three categories: pre-booking diversion, post-booking diversion, and linkages between criminal justice and mental health systems.*

### Conclusión

El encarcelamiento de personas con enfermedades mentales ha creado una seria crisis de salud pública en los Estados Unidos. Las Cortes de Salud Mental se presentan como un recurso que les brinda otras alternativas a las personas cuyos comportamientos criminales se vinculan directamente con la necesidad de un tratamiento mental de alta calidad. Esperamos que, en los años venideros, continúe creciendo el número de estas Cortes a lo largo del país.

### Mental Health Courts: An Idea Whose Time Has Come

*The influx of people with serious mental illnesses in jails and prisons is a serious public health crisis in America. Mental health courts are in place to facilitate alternatives to incarceration for people whose criminal behaviors are directly linked to their need for quality mental health treatment. The goals of these courts are to divert individuals into needed psychiatric treatment and to provide ongoing supervision to support these individuals in treatment and minimize criminal recidivism.*

## Intervención de la página 7

de la cárcel. Los estudios demuestran que los programas de desvío, los del CIT especialmente, han reducido significativamente los arrestos de las personas que tienen enfermedades mentales serias. Los individuos que a través del CIT y de otros programas de desvío no han tenido que ir a la cárcel, ya que reciben más terapia, medicamentos más adecuados y otras formas de tratamiento en comparación con aquéllos que no han gozado de esta oportunidad.

Los programas del CIT también ayudan a reducir la cantidad de oficiales heridos, de emergencias que requieren un equipo SWAT y del tiempo que los oficiales pasan atendiendo “disturbios mentales.” Después del inicio del CIT en Memphis, las lesiones que sufrían los oficiales que atendían “disturbios mentales” disminuyeron en un 80%, y en Albuquerque, el número de crisis que requería la participación del equipo SWAT se redujo en un 58%.

Para más información sobre cómo establecer el CIT en su comunidad, lea nuestras herramientas de apoyo en [www.nami.org/cittoolkit](http://www.nami.org/cittoolkit) o póngase en contacto con Laura Usher ([laurau@nami.org](mailto:laurau@nami.org)).

### Crisis Intervention Teams: A NAMI Success Story

*NAMI affiliates around the country have taken the lead in bringing together law enforcement officers, mental health providers and consumers and family members to develop innovative solutions to the problem of criminalization of people with mental illnesses. This article provides detailed information about the crisis intervention team, a model program designed to improve the outcomes of law enforcement interactions with people with mental illnesses.*

## ¡Cinco minutos de su tiempo pueden ayudarnos grandemente!

Por favor tome unos minutos para completar esta encuesta ya que nos ayudará a determinar si esta publicación le sirve bien a nuestros lectores. También quisiéramos saber un poco sobre usted. Si usted prefiere completar esta encuesta electrónicamente, visite [www.nami.org/encuesta](http://www.nami.org/encuesta). Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros a [MACenter@nami.org](mailto:MACenter@nami.org).

### DÍGANOS MÁS ACERCA DE USTED

- Edad:**  18 – 25  26 – 39  40 – 55  56+
- Sexo:**  Masculino  Femenino
- Por favor marque todos los aspectos que se relacionan con usted:**
  - Usuario de servicios de salud mental
  - Familiar
  - Proveedor de servicios de salud mental
  - Otro (por favor especifique): \_\_\_\_\_
- ¿Es usted miembro de NAMI?**  Sí  No
- ¿Ha participado usted en un programa de educación o apoyo de NAMI?**  Sí  No  
Si su contestación es afirmativa, por favor díganos encual(es) programa(s): \_\_\_\_\_

### ACERCA DE AVANZAMOS, DÍGANOS

- ¿Dónde escuchó por primera vez acerca de Avanzamos?**
  - En mi organización estatal o afiliada local de NAMI
  - A través de un programa de educación de NAMI
  - A través de mi proveedor de servicios de salud mental
  - En la página electrónica de NAMI en la Internet
  - De un(a) amigo(a)
  - Otro (por favor especifique): \_\_\_\_\_
- ¿Cuánto lee regularmente de Avanzamos?**
  - Sólo por encima
  - Una o dos secciones de interés
  - La mayor parte de los artículos
  - De principio a fin
- ¿Cómo evalúa a Avanzamos en cuanto a**

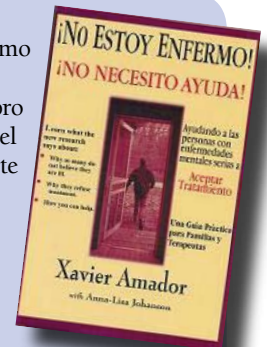
	<i>Excelente</i>	<i>Bueno</i>	<i>Regular</i>	<i>Pobre</i>	<i>No opino</i>
aparición/ formato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
facilidad de la lectura:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
relevancia de los artículos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
calidad de la escritura:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- ¿Comparte su copia impresa de Avanzamos o envía la versión electrónica a sus familiares y amigos(as)?**
  - Sí  No
- ¿Lee los resúmenes en inglés de los artículos?**
  - No
  - Sí ¿Cómo evalúa la utilidad de los resúmenes en inglés?
 

<i>Excelente</i>	<i>Bueno</i>	<i>Regular</i>	<i>Pobre</i>	<i>No opino</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Qué es lo que más le gusta de Avanzamos?**
- ¿Qué es lo que menos le gusta de Avanzamos?**
- ¿Hay algunos temas que le gustaría que se incluyeran en próximas ediciones?**
- ¿Qué le gustaría que se cambiara o se hiciera de otra manera?**
- ¿Tiene algún comentario o sugerencia final?**

¿Tiene alguna historia para compartir en una próxima edición de Avanzamos? Póngase en contacto con nosotros: [MACenter@nami.org](mailto:MACenter@nami.org).

Muchas gracias por llenar esta encuesta. Como agradecimiento a los lectores que llenan la encuesta, estaremos sorteando copias del libro ¡No Estoy Enfermo! ¡No Necesito Ayuda! del Doctor Xavier Amador. Si le gustaría ser parte de este sorteo, por favor dénos su dirección de correo electrónico. Esta dirección será únicamente utilizada para el sorteo y para contactarlo si resulta ganador de una de las copias del libro.



Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Por favor, envíe su encuesta por correo a NAMI, 2107 Wilson Blvd; Suite 300, Arlington, VA 22201 o a través de fax al 703-524-9094, atención Marin Swesey.



National Alliance on Mental Illness

*Colonial Place Three  
2107 Wilson Blvd., Ste 300  
Arlington, VA 22201  
703-524-7600  
[www.nami.org/espanol](http://www.nami.org/espanol)*

Non-Profit Org.  
U.S. Postage  
PAID  
Merrifield, VA  
Permit 131

*¡avanzamos!*